**NOMBRE:**

**EMPRESA:**

SI

NO

**2.- En los últimos 10 días, ¿ha presentado alguno de los siguientes síntomas?**

FIEBRE

TOS SECA

NINGUNO

**3.- ¿Usted presenta alguna enfermedad de base y recibe algún tratamiento?**

SI

NO

**4.- ¿Está usted en el rango de edad a partir de 65 años?**

SI

NO

EDAD:

**VERIFICADO POR**

**1.- En los últimos 14 días, ¿estuvo en contacto con alguna persona sospechosa o diagnosticada**

**con COVID 19?**

DIFICULTAD RESPIRATORIA

DECAIMIENTO FÍSICO

Si la respuesta es positiva, especificar la enfermedad y el tratamiento, si aplica

**INGRESO PERMITIDO**

**\*CONTACTAR AL SERVICIO MÉDICO**

**ELABORADO POR**

**INGRESO NO PERMITIDO\***

Aclarar si la respuesta sé SI

**FECHA DE DECLARACIÓN:**

El presente cuestionario de salud cumple con las recomendaciones de la Organización Mundial de

la Salud, Autoridades Nacionales y Autoridades Locales, ante la declaratoria de emergencia

sanitaria por la epidemia del Coronavirus.

El presente cuestionario es llenado de manera individual siendo responsabilidad de cada persona

la respuesta emitida, convirtiéndose una declaración del estado de salud.

**ÁREA DE INGRESO:**